

ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL EN ANOREXIA NERVIOSA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Fernando Fernández, Susana Jiménez, Anna Badía, Nuria Jaurrieta,
Raquel Solano y Julio Vallejo
Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), Barcelona (España)

Resumen

Con frecuencia, se ha observado ansiedad social y aislamiento en los pacientes con anorexia nerviosa (AN); sin embargo, su relación con este trastorno ha sido raras veces investigada de forma específica. El objetivo del presente estudio es determinar la relevancia de la ansiedad y fobia social en pacientes con AN al ser comparados con un grupo de control. En este estudio participaron 40 pacientes con AN, diagnosticados según criterios DSM-IV, y 32 estudiantes control. Todos ellos fueron evaluados en ansiedad y fobia social (Social Avoidance and Distress Scale), depresión (Beck Depresión Inventory), y sintomatología alimentaria (Eating Attitudes Test, Eating Disorder Inventory). Los resultados indicaron que las pacientes con anorexia presentaban significativamente más ansiedad y fobia social que los sujetos del grupo de control (53% vs. 9%). Asimismo, se obtuvo que los pacientes que presentaban tal condición mostraban mayores valores en ineficacia personal ($p < 0,001$), desconfianza interpersonal ($p < 0,001$), conciencia interoceptiva ($p < 0,001$), impulso a la delgadez ($p < 0,001$) y mayor sintomatología depresiva ($p < 0,001$). Los niveles en ansiedad social y la presencia de sintomatología depresiva mostraron estar positivamente asociados ($r = 0,62$, $p < 0,001$). Estos resultados sugieren que los pacientes con anorexia nerviosa, y en especial el subgrupo de pacientes con altos niveles en ansiedad y fobia social, presentarían no sólo una mayor gravedad de su sintomatología alimentaria, sino también una más baja autoestima y mayor sintomatología depresiva.

PALABRAS CLAVE: *Anorexia nerviosa, ansiedad social, fobia social, trastorno de la alimentación.*

Abstract

Social anxiety and isolation are often observed among anorexic patients. However, their relationship with this pathology has rarely been investigated.

Forty patients suffering from anorexia nervosa (DSM-IV) were compared with thirty-two student controls in social anxiety and phobia (*Social Avoidance and Distress Scale*), depression (*Beck Depression Inventory*) and eating symptomatology (*Eating Attitudes Test* and *Eating Disorder Inventory*). Furthermore, anorexic patients were divided post-hoc into high socially anxious (HSA) and low socially anxious (LSA). Psychological traits of both subgroups were also compared. Anorexic patients showed significantly more social phobia and anxiety than control subjects (53% vs. 9% of the cases). In addition, HSA and LSA subgroups within anorexic patients were best differentiated by Ineffectiveness, Interpersonal Distrust, Interoceptive Awareness and Drive for Thinness subscales on the *Eating Disorders Inventory* (EDI) ($p < 0.001$), and by depression ($p < 0.001$). Moreover, social anxiety and phobia correlated positively with depression ($r = 0.62$, $p < 0.001$). Our results suggest that patients with Anorexia nervosa, and especially those with HSA, present not only a higher severity in the eating disorder, but also lower self-esteem and greater depressive symptomatology.

KEY WORDS: *Anorexia nervosa, social anxiety, social phobia, eating disorders.*

Introducción

Durante los últimos 30 años se ha podido observar un importante incremento en España, como en muchos otros países, en la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Ruggiero, 2003). Ésta ha alcanzado valores del 1-2% en anorexia nerviosa (AN) y del 2-5% en el caso de bulimia nerviosa (BN) (Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez, 2000; Pérez, Gual, de-Irala, Martínez, Lahortiga y Cervera, 2000).

Dada la importancia otorgada en la literatura sobre trastornos de la alimentación a variables como peso y sintomatología alimentaria, no es de sorprender que muy pocos estudios en AN hayan investigado otros aspectos, tales como la presencia de déficits conductuales. Los escasos estudios que se han centrado en estas variables, han demostrado que los pacientes con anorexia nerviosa presentan marcados déficits en habilidades sociales y en relaciones interpersonales (Pillay y Crisp, 1981; Stonehill y Crisp, 1977; Williams y Chamove, 1990; Fernández, Ayats, Jiménez, Saldaña, Turón y Vallejo, 1997, Bussolotti, Fernández-Aranda, Solano, Jiménez-Murcia, Turón y Vallejo, 2002); así como una mayor tendencia al aislamiento social (Pillay y Crisp, 1977; Tiller, Sloane, Schmidt, Troop, Power y Treasure, 1997), incluso previos a la aparición del trastorno alimentario (Deep, Nagy, Weltzin, Rao y Kaye, 1995). Recientemente, algunos estudios han analizado específicamente el grado de ansiedad y fobia social en estos trastornos alimentarios, encontrando mayores niveles de ansiedad social en anorexia nerviosa que en controles (Hinrichsen, Wright, Waller, y Meyer, 2003) y una asociación positiva entre este factor y el impulso a realizar dietas (Gilberta y Meyer, 2003).

En otros trastornos de la alimentación, como es el caso de la BN, diversos estudios han demostrado también la existencia de insatisfacción en sus relaciones sociales y el deterioro en este ámbito (Aguas, 1991; Böhle, Wietersheim, Wilke y Feriéis, 1991; Herzog, Norman, Rigotti et al., 1986; Herzog, Sèller, Lavori et al., 1987),

que suelen persistir aún incluso después de remitir la sintomatología alimentaria (Fernández, Turón, Siegfried, Merman y Vallejo, 1995).

Aunque se reconoce la importancia a nivel pronóstico de una reducción en la ansiedad y retraimiento sociales durante el proceso terapéutico en anorexia nerviosa (Engel, 1989; Rosenvinge y Moulund, 1990; Steinhausen, 1995), la aplicación de procedimientos específicos con tal fin ha sido escasamente investigada (Fernández *et al.*, 1997).

Los objetivos del presente estudio fueron:

1. Comparar los niveles de ansiedad y fobia social entre pacientes con anorexia nerviosa y un grupo de control sin trastorno alimentario.
2. Determinar qué variables clínicas y psicopatológicas caracterizan a pacientes con anorexia nerviosa que presenten mayores niveles de ansiedad y fobia social.

Método

Sujetos

La muestra estaba constituida por 40 pacientes con anorexia nerviosa, diagnosticados según criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para esta patología. Todos ellos acudieron a tratamiento al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge de Barcelona de forma consecutiva. Su edad estaba comprendida entre 15 y 34 años. Todos ellos eran del subtipo «restrictivo». El 80% vivían con sus padres, 60% eran estudiantes y la edad de inicio de su enfermedad estaba comprendida entre los 15 y los 23 años, siendo el número de tratamientos previos de uno a tres.

Como grupo de control, participaron 32 estudiantes de enfermería que no presentaban historia de trastornos alimentarios. Sus edades oscilaban entre los 17 y los 27 años. Todos los sujetos eran del sexo femenino. Las distribuciones de la edad y el peso de los grupos aparece descrita en la Tabla 1.

Tabla 1

Resultados demográficos y clínicos en pacientes con anorexia nerviosa (AN) y grupo de control

	AN (N=40)		Controles (N=32)		F	p
	Media	DT	Media	DT		
Edad	21	4,6	20,4	2,8	0,43	ns
Peso (kg.)	44,2	7,1	62,5	20,6	86,7	< 0,0001
Altura (cm.)	161,2	5	165,3	6,1	10,4	< 0,003
IMC	16,9	2,2	22,9	7,8	76,6	< 0,0001
Edad de inicio	17,7	2,3				
Duración de la enfermedad (meses)	29,6	25,6				
Número de tratamientos previos	1,7	0,7				

IMC (Índice de masa corporal)= Peso (Kg)/ Altura² (m²) (gl.: 70)

MATERIAL

Social Avoidance and Distress Scale (SAD). Escala compuesta por 28 ítems, diseñada por Watson y Friend (Watson y Friend, 1969), que mide el grado de angustia, inquietud, ansiedad y evitación en situaciones sociales. A mayor puntuación, mayor evitación y angustia social. La escala contiene 18 ítems y la puntuación más alta que puede obtenerse es 28.

La versión española fue aplicada en población clínica por Echeburúa (1995) y demostró un punto de corte de 19. Este cuestionario fue también adaptado a la población española, siendo el coeficiente alfa de consistencia interna de 0,90.

Eating Attitudes Test (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979). Cuestionario compuesto de 40 ítems, que hacen referencia a síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa. Las puntuaciones oscilan entre 0 a 120, indicando el máximo valor un mayor grado de trastorno de la conducta alimentaria. El autoinforme utilizado se encuentra adaptado a la población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991), presentando un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,93.

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauch, 1961). El BDI es un cuestionario de 21 ítems que evalúa los diversos componentes de la depresión. Sus puntuaciones oscilan entre 0 y 63. Este cuestionario se encuentra adaptado y validado en la población española (Vázquez y Sanz, 1999), siendo el coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades de 0,93 y la validez convergente oscila entre 0,62 y 0,66.

Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). El EDI es un cuestionario de 64 ítems, diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y bulimia nerviosa. Estas se hallan agrupadas en ocho subescalas distintas. Este cuestionario ha sido adaptado a la población española por Guimerá y Torrubia (1987). La fiabilidad test-retest varía en las distintas subescalas entre 0,30-0,82 y el coeficiente alfa de consistencia interna varía entre 0,74 y 0,92 (Guimerá y Torrubia, 1987).

Procedimiento

Todos los casos clínicos realizaron los cuestionarios antes de iniciar el tratamiento. Los pacientes con anorexia nerviosa fueron divididos *post-hoc* en función de que presentaran alta ansiedad-fobia social (AAS) (N = 21) o baja ansiedad-fobia social (BAS) (N= 19), con base en las puntuaciones obtenidas en la escala SAD (punto de corte de 19), de acuerdo a los valores normativos obtenidos por Echeburúa (1995). Los sujetos AAS fueron definidos por obtener más de 19 puntos en el SAD, mientras que los sujetos BAS fueron definidos por obtener menos de 19 puntos en el SAD.

Resultados

Variables demográficas y clínicas

Un análisis de la varianza (ANOVA) no mostró diferencias significativas respecto a la variable edad ($F(1,70)= 0,43$; $p> 0,05$), entre el grupo de casos y el control. Sin embargo, como era de esperar, el peso ($F(1,70)= 86,7$; $p< 0,0001$) y el Índice de Masa Corporal ($F(1,70)= 76,6$; $p< 0,0001$) presentaron diferencias significativas entre grupos (véase Tabla 1).

Respecto al grupo de casos, divididos en base sus niveles de ansiedad-fobia social, no mostraron diferencias significativas en cuanto a la duración de la enfermedad ($F(1,38)= 0,001$; $p>0,05$) o al número de tratamientos psicológicos previos ($F(1,38)= 0,18$; $p>0,05$) entre ambos subgrupos (AAS vs. BAS)

Variables psicométricas

PACIENTES ANORÉXICOS VS. CONTROLES

Como era de esperar, los pacientes con AN, al ser comparados con el grupo de control, presentaron una puntuación significativamente más alta en sintomatología alimentaria, medida según la escala EAT-40 ($F(1,70)= 74,0$; $p>0,0001$) y en grave-

Tabla 2

Diferencias en los valores psicométricos entre el grupo de pacientes con anorexia nerviosa (AN) y el grupo de controles

	AN (N=40)		Controles (N=32)		F	p
	Media	DT	Media	DT		
EAT-40	48,9	21,1	14,6	8,5	74	0,001
SAD	17,3	9,1	7,8	6,4	24,9	0,001
BDI	22,3	13,4	7,4	5,9	34	0,001
EDI Total	73,7	34,3	33,8	19,3	34,5	0,001
Subescalas						
Impulso a la delgadez	11,6	6,8	4,9	4,4	23	0,001
Bulimia	2,2	3,3	1,2	1,7	2,56	ns
Insatisfacción con el cuerpo	11,8	7,1	9,2	6,6	2,54	ns
Ineficacia	11,8	7,8	4,1	4,4	24,7	0,001
Perfeccionismo	7,7	4,3	5,2	4,6	5,6	0,02
Desconfianza interpersonal	7,5	5,3	2	3,5	25,6	0,001
Conciencia interoceptiva	11,2	7,6	3,2	4,1	28,9	0,001
Miedo a la madurez	9,8	7	3,9	2,3	20,4	0,001

EAT-40= *Eating Attitudes Test*; EDI= *Eating Disorder Inventory*; SAD= *Social Avoidance and Distress Scale*; BDI= *Beck Depresión Inventory*.

dad de trastorno alimentario, medida en base a las puntuaciones totales del EDI ($F(1,70)= 34,5$; $p > 0,001$) (véase Tabla 2). Asimismo, mayores niveles de ineficacia personal, impulso a la delgadez, conciencia interoceptiva y desconfianza interpersonal fueron constatados en el grupo de casos ($p < 0,001$).

Por otro lado, los pacientes con AN al ser comparados con el grupo de control, mostraron mayores valores en ansiedad y fobia social (53% casos vs. 9% controles), medida a través de la escala de SAD ($F(1,70) 24,9$, $p < 0,001$) y en sintomatología depresiva, medida a través de las puntuaciones del BDI ($F(1,70)= 34,0$; $p < 0,0001$).

ALTA VS. BAJA ANSIEDAD Y FOBIA SOCIAL EN ANOREXIA NERVIOSA

Como se muestra en la Tabla 3, el subgrupo AAS obtuvo puntuaciones más elevadas en gravedad del trastorno, medida a través de las puntuaciones globales del EDI ($p < 0,001$) y específicamente una mayor ineficacia, tendencia a realizar dietas y dificultades en relaciones interpersonales ($p < 0,01$). Asimismo, el grupo AAS mostró una mayor sintomatología depresiva ($p < 0,002$).

Tabla 3

Comparación psicométrica de pacientes con anorexia nerviosa (Baja —BAS— vs. Alta ansiedad-fobia social —AAS—)

	BAS (N=19)		AAS (N=21)		F	p
	Media	DT	Media	DT		
EAT-40	39,1	17,2	57,9	20,7	9,6	0,004
SAD	8,8	5,4	24,3	2,5	74,6	0,001
BDI	14,6	9,2	29,3	13	16,8	0,002
EDI Total	50,7	25,4	94,5	27,4	27,2	0,001
Subescalas						
Impulso a la delgadez	8	6,9	14,8	5	12,9	0,009
Bulimia	1,5	2,5	2,8	3,8	1,6	ns
Insatisfacción del cuerpo	9,2	5,2	14,1	7,9	5,3	0,03
Ineficacia	6,6	5,5	16,6	6,6	27	0,001
Perfeccionismo	7,2	4,5	8,2	4,2	0,6	ns
Desconfianza interpersonal	4	3,8	10,7	4,4	26	0,001
Conciencia interoceptiva	7	6,4	14,9	6,6	14,6	0,005
Miedo a la madurez	7	5,7	12,2	7,3	6,2	0,02

EAT-40= *Eating Attitudes Test*; BDI= *Beck depression Inventory*; EDI= *Eating Disorder Inventory*; SAD= *Social Avoidance and Distress Scale*

Por otro lado, en todos los grupos se observó una correlación positiva entre la ansiedad y fobia social, medida a través de la escala SAD, y las siguientes variables: sintomatología depresiva (puntuaciones BDI; $r = 0,66$; $p < 0,001$), actitudes alimentarias (puntuaciones EAT-40; $r = 0,52$; $p < 0,001$) e ineficacia personal (subescala del EDI; $r = 0,70$; $p < 0,001$).

Discusión

El primer resultado que sugiere este estudio es que existe un mayor nivel de ansiedad y fobia social en pacientes con anorexia nerviosa que en sujetos del grupo de control. Este resultado es consistente con lo observado en otros estudios (Böhle *et al.*, 1991; Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993; Tiller *et al.*, 1997; Hinrichsena *et al.*, 2003).

En segundo lugar, nuestro estudio sugiere que mayor ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa se encuentra asociada a una mayor gravedad en la sintomatología alimentaria. Sin embargo, no influyeron otras variables demográficas y clínicas, como situación laboral, la edad de inicio del trastorno o el número de tratamientos previos. Ello estaría en concordancia con los resultados obtenidos por otros autores (Hinrichsena *et al.*, 2003). Asimismo, tanto en el grupo de pacientes anoréxicos como en el de control, se encontró que una mayor ansiedad social mostró ir asociada a una mayor ineficacia personal y a un mayor deseo por realizar dietas. Ello habría sido igualmente observado en estudios en población general (Gilberta y Meyer, 2003) y en población clínica (Fernández *et al.*, 1996).

En conclusión, estos resultados sugieren que los pacientes con anorexia nerviosa, y en especial el subgrupo de pacientes con altos niveles en ansiedad y fobia social, presentan una mayor gravedad de su sintomatología alimentaria y deberán ser tratados, además de respecto a su sintomatología alimentaria, específicamente en síntomas tales como déficits en habilidades sociales, ansiedad-retraimiento social y fobia social, en casos concretos. Como algunos estudios de seguimiento han mostrado (Engel, 1989; Steinhausen, 1995) ansiedad y fobia social en AN, no deben ser únicamente valorados como consecuencia de la sintomatología alimentaria y estado de desnutrición, sino como un factor que puede manifestarse en numerosos casos como primario al trastorno alimentario. En éstos, se hacen necesarios programas específicos en habilidades sociales-asertividad y cognitivas para mejorar su competencia social (Pillay y Crisp, 1981; Fernández, Ayats, Jiménez, Saldaña Turón y Vallejo, 1997).

Agradecimientos: El presente estudio ha sido financiado por la Generalitat de Catalunya (AGUAR-2002 SG3108) y parcialmente por FIS (G03-184).

Referencias

- Agras, W.S. (1991). Nonpharmacologic treatments of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 29-33.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Böhle, A., Wietersheim, J. von, Wilke, E. y Feireis, H. (1991). Die Soziale Integration von Patientinnen mit Anorexia Nervosa und Bulimie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 37, 282-291.

- Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V., y Vallejo, J. (2002). Marital Status and eating disorders: an analysis of its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 1139-1145.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, *7*, 175-190.
- Crisp, A.H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. Londres: Academic.
- Deep, A. L., Nagy, L. M., Weltzin, T. E., Rao, R. y Kaye, W. H. (1995). Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*, 291-297.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Engel, K. (1989). Termination of inpatient treatment of anorexia nervosa. *Psychotherapie and Psychosomatics*, *51*, 62-68.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 419-428.
- Fernández, F., Turón, J. V., Menchon, J. M. y Vidal, S. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista del Departamento de Psiquiatría y Medicina de Barcelona*, *23*, 30-35.
- Fernández, F., Ayats, N., Jiménez, S., Saldaña, C., Turón, V. J. y Vallejo, J. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales en un grupo ambulatorio de pacientes anoréxicas. Un diseño de línea base múltiple. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 5-22.
- Fernández, F., Turón, J., Siegfried, J., Meermann, R. y Vallejo, J. (1995). Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa?. A comparison of two different approaches. *Eating Disorders: Treatment and Prevention*, *3*, 158-164.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *9*, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *2*, 15-34.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M. y Pike, K. M. (1997). Cognitive behavioural treatment for anorexia nervosa. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (dirs.), *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- Gilberta, N. y Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, *4*, 257-264.
- Guimerá, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del «Eating Disorder Inventory» (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anuales de Psiquiatría*, *3*, 185-190.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, Philip, W. y Ott, I. L. (1987). Social impairment in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 741-747.
- Herzog, D. B., Norman, D. K., Rigotti, N. A. y PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of Psychiatric Research*, *20*, 355-361.
- Hinrichsena, H., Wrighta, F., Waller, G. y Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, *4*, 117-126.
- Martínez Martínez, A., Menéndez Martínez, D., Sánchez Trapiello, M. J., Seoane Vicente, M. y Suárez Gil, P. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria*, *25*, 313-319.
- Pérez Gaspar, M., Gual, P., de Irala Estévez, J., Martínez González, M. A., Lahortiga F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, *114*, 481-6.

- Pillay, M. y Crisp, A.H. (1981). The impact of social skills training within an established in-patients treatment programme for anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 139, 533-539.
- Pillay, M. y Crisp, A. H. (1997). Some psychological characteristics of patients with anorexia nervosa whose weight has been newly restored. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 375-380.
- Rosenvinge, J. H. y Mouland, S. O. (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *British Journal of Psychiatry*, 156, 92-97.
- Steinhausen, H. C. (1995). Treatment and outcome of adolescent anorexia nervosa. *Horm. Research*, 43, 168-70.
- Stonehill, E. y Crisp, A. H. (1997). Psychoneurotics characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at follow-up 4-7 years later. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 187-193.
- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. y Treasure, J. (1997). Social support in patients with Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 31-38.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). *Fiabilidad y Validez factorial de la versión española del inventario de Depresión de Beck*. III Congreso de Evaluación psicológica. Barcelona.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurements of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Williams, G. J. y Chamove, A. S. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 327-335.

